



---

Cour III  
C-3954/2007

{T 0/2}

## **Arrêt du 15 décembre 2009**

---

Composition

Francesco Parrino (président du collège),  
Madeleine Hirsig, Stefan Mesmer, juges,  
Pascal Montavon, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
représentée par **B.** \_\_\_\_\_,  
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger (OAIE),**  
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,  
1211 Genève 2,  
autorité inférieure.

---

Objet

Assurance-invalidité (décision du 7 mai 2007)

**Faits :****A.**

La ressortissante espagnole A.\_\_\_\_\_, née le 14 août 1968, a travaillé en Suisse de septembre 1991 à août 1998 (pce 6). De retour en Espagne, elle a travaillé comme vendeuse dans un magasin de confection du 2 novembre 2000 au 31 janvier 2002 (pces 27 ch. 3.4.3 et 29), date de la fermeture du magasin (pce 12). Elle déposa une première demande de prestations de l'assurance-invalidité suisse en date du 16 janvier 2004 (pce 1) par l'intermédiaire de l'Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) qui fut rejetée par décision du 10 décembre 2004 de l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE) au motif que l'intéressée ne présentait pas d'incapacité permanente de gain, ni une incapacité de travail moyenne suffisante pendant une année au moins malgré son atteinte à la santé (pce 31). Cette décision se basait sur un rapport E 213 de la Sécurité sociale espagnole daté du 12 février 2004, relevant une dysthymie et des douleurs musculaires et rhumatologiques diffuses sans épisode psychopathologique grave mais aussi une pleine capacité de travail de l'intéressée dans sa profession (pce 27).

**B.**

L'assurée effectua une deuxième demande de prestations d'assurance-invalidité suisse en date du 15 novembre 2005 (pce 42). Dans le cadre de cette nouvelle demande, l'OAIE porta au dossier notamment la documentation ci-après:

- un arrêt du Tribunal de Santiago de Compostèle daté du 5 janvier 2005 reconnaissant l'intéressée en invalidité permanente absolue pour tout type de travail (pce 65),
- une attestation de rente à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2004 pour incapacité permanente absolue (pce 66b),
- un questionnaire à l'employeur daté du 20 novembre 2006 selon lequel l'intéressée a été engagée à temps partiel (2 h.45/sem.) du 21 septembre au 24 novembre 2004 en tant que nettoyeuse et a quitté d'elle-même son activité, qualifiée de légère (pce 67),

- un questionnaire pour les personnes occupées aux tâches ménagères daté du 28 novembre 2006, faisant état d'un ménage de deux personnes dont un adolescent de 16 ans, de l'accomplissement pour l'essentiel des seules tâches ménagères légères (pce 68),
- un questionnaire à l'assurée daté du 28 novembre 2006 mentionnant une activité dans le nettoyage en août et en septembre-novembre 2004, un arrêt du travail le 24 novembre 2004 pour cause de maladie (pce 69),
- un rapport médical daté du 15 novembre 2004 signé du Dr C.\_\_\_\_\_, rhumatologue, faisant état de cervicalgies mécaniques avec hypertonie des deux trapèzes et discopathie cervicale C5-C6, douleurs musculaires et des os diffuses avec des arthralgies prédominant aux articulations des mains (suspicion de fibromyalgie et arthrose des mains), hyperlaxité ligamentaire des mains, fibrose (pce 72),
- un rapport médical daté du 5 octobre 2005 signé de la Dresse D.\_\_\_\_\_ mentionnant un état dépressif, de la fibromyalgie et des cervicalgies (pce 75),
- un rapport psychiatrique daté du 19 octobre 2005, signé du Dr E.\_\_\_\_\_, rappelant un traitement depuis mars 1999 pour initialement une dysthymie puis des épisodes de dépression majeure sans rémission complète, indiquant des symptômes d'anxiété, de tristesse, d'asthénie, d'anhédonie complète, d'insomnie partiellement traitée, d'irritabilité, de difficultés de concentration, de détérioration du cadre socio-professionnel (pce 76),
- un rapport médical E 213 daté du 17 janvier 2006 faisant état d'incapacité permanente absolue, dépression, chronifiée et fibromyalgie reconnues judiciairement, notant un aspect physique soigné (162cm/70kg), une adéquation de l'expression orale et gestuelle, un grand sentiment de dévalorisation, pas de constatation d'atteintes à la santé, une mobilité active conservée de la colonne vertébrale, une fonctionnalité conservée des membres supérieurs et inférieurs sans hypotrophie ni contractures musculaires significatives, des réflexes symétriques, posant le diagnostic de dépression chronifiée (sans hospitalisa-

tion ni épisodes psychopathologiques graves), de fibromyalgie, d'arthrose des mains et de cervicalgies, indiquant une discrète diminution fonctionnelle actuelle dans la profession de l'intéressée sans constatation symptomatologique compatible avec un trouble grave de l'esprit, des douleurs subjectives contrôlées avec des analgésiques simples, pas de déficit objectif fonctionnel aux niveaux tant axial qu'articulaire. Le rapport indique la possibilité d'exercer des activités moyennes, dont celle antérieure de nettoyeuse (pce 78),

- deux rapports d'endoscopie des 31 janvier et 1<sup>er</sup> février 2006 faisant état de rectosigmoïdite discrète d'étiologie indéterminée (pces 79 s.),
- deux rapports médicaux datés des 19 et 28 mai 2006 signés du Dr F.\_\_\_\_\_ et du Dr C.\_\_\_\_\_ faisant notamment état de fibromyalgie (pce 77).

### **C.**

Invitée par l'OAIE à se déterminer sur cette documentation, la Dresse G.\_\_\_\_\_ retint dans son rapport du 27 février 2007 le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif chronique, fibromyalgie, arthrose des mains, syndrome vertébral cervical sur discopathie C5-C6, status après rectosigmoïdite discrète d'étiologie indéterminée. La Dresse G.\_\_\_\_\_ nota que les atteintes à la santé de l'intéressée ne motivaient pas d'incapacité de travail prolongée significative dans l'activité professionnelle de l'assurée (pce 83).

### **D.**

Par projet de décision du 12 mars 2007, l'OAIE informa l'assurée que sa demande de prestations allait être rejetée faute d'incapacité permanente de gain, ni d'incapacité de travail moyenne suffisante d'au moins 40% pendant une année, l'exercice d'une activité lucrative étant toujours exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente (pce 84).

A l'encontre de ce projet, l'intéressée fit valoir par acte du 20 avril 2007 être reconnue en incapacité de travail pour tous types d'activités au taux de 46% par les juridictions espagnoles et conclut à ce qu'il lui soit au moins reconnu une invalidité supérieure à 40% (pce 86).

**E.**

Par décision du 7 mai 2007, l'OAIE rejeta la demande de prestations d'invalidité pour les motifs énoncés dans son projet de décision, précisant que les décisions de la Sécurité sociale étrangère ne le liaient pas et que selon le droit suisse l'invalidité n'était pas constituée de l'atteinte à la santé en tant que telle mais par ses répercussions sur la capacité de gain (pce 88).

**F.**

Contre cette décision, l'intéressée interjeta recours en date du 7 juin 2007 auprès du Tribunal de céans faisant valoir être reconnue en incapacité totale de travail en application de la loi espagnole et être, séparée de son mari depuis de nombreuses années, dans une situation économique difficile. Elle conclut implicitement à l'octroi d'une rente. A l'appui de son recours elle joignit son livret de famille et une copie du jugement prononçant sa séparation d'avec son mari (pce TAF 1). Par acte du 17 août 2007 elle indiqua que toute la documentation médicale avait été transmise par l'INSS à l'administration (pce TAF 5).

**G.**

Invité à se déterminer sur le recours, l'OAIE dans sa réponse du 8 octobre 2007 confirma sa décision faisant valoir que selon son service médical l'intéressée ne présentait pas une incapacité de travail d'au moins 40% dans sa profession comme nettoyeuse ou dans des activités de ménagère et qu'avec son recours elle n'avait fait valoir aucun argument pertinent ni n'avait présenté de documents permettant de revenir sur sa position. Il conclut au rejet du recours (pce TAF 7).

**H.**

Par réplique du 29 février 2008, la recourante, représentée par son conseil B.\_\_\_\_\_, qui requit en temps utile un report de délai, fit valoir être reconnue en incapacité totale de travail en application du droit espagnol, être suivie pour dépression aiguë avec un diagnostic de dysthymie et de dépression chronique, être atteinte de fibromyalgie 16/18, souffrir d'arthrose des membres supérieurs en particulier aux mains ainsi que de problèmes affectant les cervicales. Elle releva qu'il n'était pas possible d'être reconnue 100% en incapacité de travail selon la législation espagnole et d'être reconnue non invalide par la législation suisse. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière à compter du 20 février 2005, subsidiairement à ce qu'il soit ordonnée une expertise

médicale. Elle joignit une documentation judiciaire déjà au dossier et des radiographies effectuées en 2002-2003 (pce TAF 14).

#### **I.**

Invité à dupliquer, l'OAIE transmet le dossier à la Dresse G.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> avril 2008, ce médecin rappela le diagnostic posé dans sa prise de position du 27 février 2007 et indiqua que les radiographies, déjà anciennes, ne montraient que des troubles dégénératifs discrets à modérés de la colonne cervicale et dorso-lombaire et pas de lésion significative aux mains. Elle rappela que les examens médicaux effectués sur le plan clinique (E 213 du 17 janvier 2006 et rhumatologique du 15 novembre 2004) ne montraient d'ailleurs pas de déficit fonctionnel. Sur le plan psychiatrique elle nota la présence au dossier de rapports succincts identiques faisant état d'un suivi psychique depuis 1999, d'un traitement antidépresseur et anxiolytique, retenant une dépression chronifiée précédée d'une dysthymie et d'épisodes de dépression sévère sans rémission complète. Sur le plan médical la Dresse G.\_\_\_\_\_ retint une fibromyalgie avec 16/18 points positifs (cf. rapport du 17 juin 2004 du service de réhabilitation de l'INSS, pce 28) toutefois non invalidante en raison des troubles psychologiques non suffisamment graves, le traitement médical de l'état dépressif étant usuel et l'assurée n'ayant pas subi d'interruptions de travail prolongées ni d'hospitalisation pour ces motifs. Elle releva de plus que les épisodes de dépression sévère avaient été passagers selon le rapport E 213 du 17 janvier 2006 (pce 90).

Par duplique du 8 avril 2008, l'OAIE maintint sa prise de position en se référant au rapport médical de la Dresse G.\_\_\_\_\_. Il souligna que le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend percevoir une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé uniquement selon le droit suisse (pce TAF 16).

#### **J.**

Par ordonnances des 4 juillet 2007, 16 avril 2008 et 19 novembre 2009, le Tribunal de céans communiqua à l'intéressée la composition du collège appelé à juger la cause.

### **Droit :**

#### **1.**

Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral

(LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE.

**1.1** Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) pour autant que la LTAF n'en dispose autrement. En vertu de l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. Selon l'art. 2 LPGA, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**1.2** Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

**1.3** Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

## **2.**

**2.1** L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109. 268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1<sup>er</sup> juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE)

n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

**2.2** L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

**2.3** De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

### **3.**

L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 et les références). Les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 ne sont donc pas applicables et les dispositions citées ci-après sont celles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

#### 4.

**4.1** La recourante a présenté sa deuxième demande de rente le 15 novembre 2005, une précédente demande de rente ayant été rejetée par décision du 10 décembre 2004 entrée en force.

En application de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande de l'assuré ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. A défaut d'apporter cette preuve préalable au nouvel examen du droit à la rente, l'affaire est liquidée sans autre examen par une décision de non-entrée en matière sujette à recours devant le tribunal compétent.

**4.2** Dans l'examen des allégations de l'assuré quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la demande de rente avec les circonstances existantes au moment, cas échéant, de la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006, voir ég. ATF 130 V 349 consid. 3.5). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire uniquement quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral I 597/05 du 8 janvier 2007). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 et 4 RAI), sont également applicables, par analogie, à la demande de révision (ATF 130 V 73 consid. 3, 109 V 264 consid. 3).

En l'espèce le Tribunal de céans n'a pas à examiner la question du bien-fondé de l'entrée en matière de l'autorité inférieure du fait que celle-ci a finalement examiné au fond la deuxième demande de rente.

**5.**

La recourante a présenté sa deuxième demande de rente le 15 novembre 2005. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. En l'espèce, vu la décision de l'OAIE du 10 décembre 2004 de rejet de prestations, le Tribunal peut se limiter à examiner si la recourante avait droit à une rente entre le 10 décembre 2004 et le 7 mai 2007, date de la décision attaquée, marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 130 V 445 consid. 1 et les références).

**6.**

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA, art. 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

La recourante a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner si elle est invalide.

**7.**

**7.1** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 de cette disposition mentionne que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

**7.2** L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Suite à l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002 de l'accord bilatéral entre la Suisse et la Communauté européenne, la restriction prévue à l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI - selon laquelle les rentes

correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 13 LPGA) - n'est pas applicable lorsque l'assuré est un ressortissant suisse ou un ressortissant de l'UE et y réside.

**7.3** Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (lettre a), ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible affectant la capacité de gain dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 RAI]), la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2). Une atteinte labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I 342/05 du 27 juillet 2005). Une incapacité de travail de 20 % doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

**7.4** Par incapacité de travail on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA et consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré, sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

**8.**

**8.1** L'assurée a exercé en Suisse une activité de 1991 à 1998. De retour en Espagne, elle a exercé une activité de vendeuse dans un magasin de confection à plein temps du 2 novembre 2000 au 31 janvier 2002 jusqu'à sa fermeture, puis elle a exercé une activité à temps partiel dans le nettoyage. C'est au regard de cette dernière activité que l'OAIE a examiné la capacité de travail résiduelle de l'intéressée.

**8.2** La notion d'invalidité, dont il est question à l'art. 8 LPGA et à l'art. 4 LAI est de nature économique/juridique, établissant une incapacité de gain permanente ou probablement de longue durée, et non médicale (ATF 127 V 294 consid. 4b)bb, ATF 116 V 246 consid. 1b; Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2009 IV n° 8 p. 16). En d'autres termes, l'assurance-invalidité suisse couvre seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, et non la maladie en tant que telle. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**8.3** Selon la jurisprudence, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique les données fournies par les médecins constituent néanmoins un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux peuvent être encore raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral I 599/2004 du 28 juillet 2005 consid. 1.2).

**9.**

**9.1** En l'espèce, l'intéressée présente, depuis 1999, des problèmes de nature psychologique nécessitant un suivi psychiatrique avec des épisodes de dépression grave dont elle ne se remet pas. Sur le plan physique elle est atteinte de cervicalgies, de fibromyalgie et d'arthrose aux membres supérieurs, notamment aux mains.

**9.2** A défaut d'un état de santé stabilisé, la lettre a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la lettre b de cette

disposition légale prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

## **10.**

**10.1** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPG), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a).

**10.2** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536 et les références; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28).

**10.3** Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et les références citées).

## 11.

**11.1** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

**11.2** La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées).

## 12.

En l'espèce, Il appert du rapport E 213 établi par la Sécurité sociale espagnole en date du 17 janvier 2006 un bon status général, une présentation soignée de la patiente, pas de constatation significative d'atteinte à la santé, une mobilité active conservée de la colonne vertébrale, une fonctionnalité conservée des membres supérieurs et inférieurs sans hypotrophie ni contractures musculaires, des douleurs sub-

jectives de type fibromyalgique contrôlées avec des analgésiques simples, pas de déficit objectif fonctionnel aux niveaux tant axial qu'articulaire. Cette évaluation clinique de l'état de santé physique est plus favorable que celle du 15 novembre 2004 du Dr C.\_\_\_\_\_. Toutefois, le rapport E 213 précité retient également, dans le diagnostic déterminant, une dépression chronifiée qui ne peut que faire référence au rapport psychiatrique du Dr E.\_\_\_\_\_ du 19 octobre 2005 rappelant un traitement depuis mars 1999 pour initialement une dysthymie puis des épisodes de dépression majeure sans rémission complète et indiquant des symptômes d'anxiété, de tristesse, d'asthénie, d'anhédonie, d'insomnie partiellement traitée, d'irritabilité, de difficultés de concentration, de détérioration du cadre socio-professionnel. Le médecin du rapport E 213 a d'ailleurs relevé parallèlement à la présentation soignée de la patiente sa forte dépréciation d'elle-même, ce qui implique de relativiser la première approche que donne d'elle-même l'intéressée. Ces aspects psychologiques relevés et la fibromyalgie caractérisée par 16/18 points en date du 17 juin 2004 ne permettent pas, contrairement à la prise de position de la Dresse G.\_\_\_\_\_ de l'OAIE, de considérer avec assurance, sans un examen psychiatrique, ce d'autant que les juridictions espagnoles se sont prononcées pour un état invalidant, que l'assurée ne présente pas une invalidité déterminante au sens de la LAI. Une expertise psychiatrique détaillée, ou du moins une appréciation d'un médecin de l'OAIE de spécialisation psychiatrique, vu l'ensemble du dossier et les atteintes principales à la santé de l'assurée de nature psychiatrique, manque dans le cadre de cette instruction (cf. les arrêts du Tribunal fédéral 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1 et I 211/06 du 22 février 2007 consid. 5.4.1) pour permettre au Tribunal de céans de se déterminer en pleine connaissance du cas. Il se justifie dès lors en application de l'art. 61 PA de renvoyer le dossier à l'autorité inférieure afin qu'elle ordonne une expertise psychiatrique en complément de l'instruction et qu'elle rende ensuite une nouvelle décision.

### 13.

Vu l'issue de la cause il n'est pas perçu de frais de procédure.

La recourante ayant agi en étant représentée en cours de procédure à compter de novembre 2007, il lui est allouée une indemnité globale de dépens de Fr. 1'000.- à charge de l'autorité inférieure (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FI-

TAF, RS 173.320.2]), compte tenu de la difficulté de la cause et du volume du dossier ainsi que du travail effectué par le mandataire.

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est partiellement admis et la décision du 7 mai 2007 est annulée.

**2.**

La cause est renvoyée à l'autorité inférieure afin qu'elle effectue un complément d'instruction conformément au considérant 12 et rende une nouvelle décision.

**3.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**4.**

Il est allouée à la recourante une indemnité de dépens de Fr. 1'000.- à charge de l'autorité inférieure.

**5.**

Le présent arrêt est adressé :

- au représentant de la recourante (Recommandé)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. )
- à l'Office fédéral des assurances sociales

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

Le président du collège :

Le greffier :

Francesco Parrino

Pascal Montavon

**Indication des voies de droit :**

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (voir art. 42 LTF).

Expédition :